

武蔵野大学学術機関リポジトリ Musashino University Academic Institutional Repository

スピリチュアルケア定義の要件とその方法論の検討

著者	小西 達也
雑誌名	The Basis : 武蔵野大学教養教育リサーチセンター 紀要
号	7
ページ	149-162
発行年	2017-03-01
URL	http://id.nii.ac.jp/1419/00000511/

スピリチュアルケア定義の要件とその方法論の検討

小西 達也

1. はじめに

1.1. 本論の背景と目的

スピリチュアルケアとは何か。それは一般に、人生の困難にある人に対して提供される、傾聴を通じた心のケアの一種であり、特に終末期医療やがん医療をはじめとする様々な医療現場の患者・家族に対して提供されるものを意味するものである。東日本大震災以降、このスピリチュアルケア、そしてその専門職チャプレンが、更に医療現場以外でも注目されるようになり、「日本版チャプレン」ともいうべく「臨床宗教師」なる概念が在宅終末期医療の医師である岡部健氏により提案され、現在ではその教育プログラムも全国の大学に広まりつつある。また更には日本社会がいわゆる「多死社会」を迎えつつある中で、高齢者に対するスピリチュアルケアの必要性も指摘されている。

そうした中、実はその分野の専門学会においても、その統一的定義が見出されていない。本論文では、なぜ統一的定義が見出されていないのか、その原因はどこにあるのか、更には統一的定義は可能なのか、そしてもし可能であるとしたら具体的にどのように見出していったらよいのか、といった事柄について検討を加え、そうした状況への対処法を探ることを目的とする。

1.2. スピリチュアルケアの現状

スピリチュアルケア定義そのものについて考える前に、そもそもスピリチュアルケアがどのような場面でどのような人たちに対して提供されるものかについて、今一度確認しておきたい。スピリチュアルケアは、欧米では特にチャプレンと呼ばれるスピリチュアルケア専門職によって提供されている。チャプレンは、病院やホスピスのみならず、欧米では警察・FBIや消防、学校、陸海空軍、刑務所などでも活躍している¹⁾。そうした中でも、特に高い注目を示しているのは、医療と宗教の分野である。

なぜ医療が注目するのか。その背景には、現代における人間の「生老病死」の場が医療機関に集中していることがある。そこでは多くの人が人生レベルの困難を経験しており、病気そのものの治療だけでなく、その人の「生き方」のサポートも求められる。基本的に医療の主眼は病気を治すことにあるが、しかし人間はいつかは死を迎える。また治癒するまでに長い闘病生活を経験したり、病状が改善しても完治せず、病と一生付き合っていかなざるを得ないケースも少なくない。そうした困難といかに向き合い、それらをいかに受け止めていくか、中でも「受容し難きの受容」(Acceptance of unacceptable) がそこでは大きな課題となる。そうしたいわば「生き方」の問題を扱うのがスピリチュアルケアであるが、それは本来、医療者の専門分野ではないため、医療者を悩ます大きな課題となっている。

宗教がスピリチュアルケアに注目している理由の一つは、その扱う分野が本来宗教者の担当分野であることがあろう。しかしながら現代、宗教者自身の特定宗教の「教え」に基づいてケア対象者を導くような方法論は必ずしも多くの人には有効でない。それには大きく二つの理由が考えられる²⁾。一つは社会における科学的世界観が広まり、「教え」に基づくところの宗教的人間観や世界観が受け容れられにくくなったことである。例えば死を目前にした人が直面する問題として、いわゆる死後世界観の問題がある。古来、宗教は死後世界の存在や、死後の魂の不死性を主張し、伝統的にはそれをもって、人びとの死に対する恐怖を緩和してきたが、科学的世界観を常識とする現代人は、そうしたものを必ずしも容易に信じない。またそこでは、そうした「教え」を信じるようケア対象者を強いること、いわゆる「押しつけ」も許されない。現代社会では個人の自律性が重視されるためである。特に病院のような「公共の場」ではそのことが強く求められる。しかし一方で東日本大震災以降、「公共の場」での宗教の貢献に対する期待が高まっている。そうした中、特定宗教宗派の「教え」に対する信仰ではなく、ケア提供者自身の「気づき」に基づくスピリチュアルケアが、現代における宗教実践の有効な方法論として注目されているということがあろう。

1.3. 統一的定義の不在

このように様々な分野でニーズが高まり、同時にその実践者が増えつつあるにも関わらず、前述のように誰もが認める明確な統一的な定義は見出されていない。日本へのスピリチュアルケア導入の契機となった終末期医療分野の専門学会においても、その開始から約40年経過した今でも、「スピリチュアルケアとは何か」について議論が繰り返されている³⁾。更にはスピリチュアルケア自体の専門学会である日本スピリチュアルケア学会（日野原重明理事長）でも、統一的定義は見出されておらず、同学会の2015年度学術大会（高野山大学）、2016年度学術大会（武蔵野大学）においてもその定義議論が大会のテーマとなっている。

1.4. 海外の状況

実は、こうしたスピリチュアルケア定義が不明確な現状は、日本のみに限ったことではない。その一例として、がん医療の代表的国際学会の一つである MASCC（Multinational Association of Supportive Care in Cancer）の2014年度大会（米国・マイアミ）でも、スピリチュアルケア定義について議論されたが、結論をみなかったことが挙げられる⁴⁾。

ただし、統一的定義の模索は行われている。例えば、終末期医療における緩和ケア・ホスピスケアのガイドラインづくりのために、米国の関連専門職団体が協力して進めている「National Consensus Project for Quality Palliative Care (NCP)」(以下、「NCP」と略)では、「スピリチュアリティは人間性の一側面である。個人が意味と目的を探し、表現する仕方であり、ある瞬間や自己、他者、自然、意味ある、あるいは、神聖な存在とのつながりを体験する仕方である」との合意内容を提示している⁵⁾。ここにはスピリチュアルケアの直接的な定義は見られないが、もしそこに「スピリチュアリティについてのケアがスピリチュアルケアである」ことが含意されていると見るならば、そこに定義が示されているとも考え

られる。しかし、米国の医療界やチャプレン界においてこの定義が定着しているかという
と、必ずしもそうとは言えない。しかしそもそも上記の「NCP」は、緩和ケア・ホスピス
ケア分野のみのものであることを考慮するなら、それはある意味当然のこととも言えよう。

統一的定義らしきものとしてもう一つ挙げられるのが、米国のプロチャプレン協会（APC:
Association of Professional Chaplains）、臨床パストラルケア教育協会（ACPE: Associa-
tion for Clinical Pastoral Education）ら、北米のチャプレン関連の主要団体が共同して、
チャプレンやスピリチュアルケアについてまとめた「A White Paper. Professional chap-
laincy: its role and importance in healthcare」（以下、「白書」と略）である。そこには、

「危機に直面した時、人はしばしば自身のスピリチュアリティに戻る…病に襲われた時、
誰もが自分の生を意義深いものにしよう、そして希望を保持しようと苦闘し、その中で
超越、驚き、喜び、自然や自己、他者とのつながり等の深い経験をしている…そうした
努力をサポートする行為がスピリチュアルケアである」

とある⁶⁾。しかしここでもスピリチュアルケアの明確な定義は避けられている。しかも上記
「NCP」と「白書」の両者において、肝心な、具体的なケア行為やその方法論についての具
体的な言及がほとんど見られない。それらについては、単に「慈悲深さ」や「個の尊厳に対
する敬意」、「傾聴」といったレベルの概念記述にとどまっており、スピリチュアルケア定義
としては、とうてい十分と言えるものではない⁷⁾。

1.5. 統一的定義は本当に必要か？

しかし、そもそも「誰もが認めるような、明確な、統一的な定義」は本当に必要なのだろ
うか。具体的にどのような場面において、そうしたものが求められるのだろうか。一つは、
例えばスピリチュアルケアに関わっている人間であっても、「スピリチュアルケアって何で
すか？」と尋ねられた時に明確に答えられないことがある。もちろん、世の中では「心のケ
ア」という表現が普及していることから、それを用いて「心のケアの一種です」と返答する
のも一つであろう。しかし更に「では、心理療法との違いは？」と尋ねられたならば、多く
の人はそこで返答に窮してしまうであろう。あるいは、ケア行為の最も端的な表現としての
「傾聴」を用いて「傾聴の一種です」と返答することも考えられよう。しかしこの場合も、
それに対して更に「では、ただ話を聴けばいいんですか？」と尋ねられた場合、それに適切
に対応できる人は少ないであろう。

更に定義の必要性が切実となるのは、患者さんに対するスピリチュアルケア説明の場面で
ある。スピリチュアルケアの説明は、その患者さんのニーズを確認する上で不可欠である。
一体どのように説明したらいいのか多くの実践者が悩んでいる。このことが、スピリチュ
アルケア普及を妨げる一つの大きな要因ともなっている。またスピリチュアルケアの提供が求
められる看護職の教育においても、例えば看護専門学校や大学看護学部で教員がスピリチュ
アルケアについて、学生に対してうまく説明できずに苦労している現状もある。そして更に
は医療現場の看護師も、必ずしもスピリチュアルケアが何であることを明確に理解していな

い。単に「患者さんの話を聴くこと」「スピリチュアル・ペインなるものの緩和を目指すもの」との程度の認識のまま、実践に取り組んでいる人も少なくない。そこではスピリチュアルケアが、ケア対象者に対してどのような原理で、どのような効果を与えるのかについての理解も必要となる。こうした点の不明確さが、様々な場面においてその実践を妨げている現状があり、明確な統一的定義の策定が望まれているのである。

2. スピリチュアルケア定義はなぜ難しいか

2.1. 定義要件の多さ

では、そもそもスピリチュアルケア定義はなぜ難しいのだろうか。次にその理由について考えてみよう。まず第一に挙げられるのは、定義に求められる要件、いわば「定義要件」の数の多さにある。筆者自身はこれまで、スピリチュアルケアの様々な側面、具体的には、実践とその理論化、教育、資格認定制度整備等に関わってきたが、そうした中でスピリチュアルケアの様々な側面についての説明が求められてきた。実はそれら求められてきた事柄はそのまま「定義要件」ともなり得るものであるが、その数は少なからざるものがある⁸⁾。以下、その代表的なものを列挙し、その内容を見ていくこととしよう。

2.1.1. 代表的な定義要件

a) 「現場ニーズに即し、現場で機能する実践」を表現するもの

定義議論は、哲学や宗教、神学・教学等の理論から始めていくと、現場のリアリティから遊離したものになりがちな傾向にある。もちろん、定義はそうした学問的な次元との整合性が必要となることは言うまでもないが、しかし現場には、既存理論で十分に説明し尽くせない人間の生きたリアリティ、人間同士の生きた関わりのダイナミクスが存在する（そうであるからこそ、哲学の分野でも、未だ十分に言語化されていないケアのダイナミクスに対する学問的関心が高まっているのであろう）。しかもケアは「実践ありき」の分野である。医療現場に、そうしたケアを必要としている人たちが現に存在し、それに対してあるケアが実際に提供され、一定レベルの成果を上げている現実がある。そこを離れての理論展開も無意味であろう。それゆえ「現場ニーズに即した、現場で機能する実践」を表現したものであることは、スピリチュアルケア定義の、外すことのできない要件と言えよう。

b) 専門職レベルの臨床実践や、専門職教育（CPE）が扱う心の深い次元のダイナミクスが表現されたもの

専門的なレベルのスピリチュアルケアにおいて見られるケア提供者とケア対象者の間の心のダイナミクスには、専門教育を受け、一定レベルの認識、洞察力を得て初めて理解可能な次元がある。それゆえその次元に達して初めて本当の意味でのスピリチュアルケア提供も可能となり、その質も判断できるようになる。そこでは当然、スピリチュアルケアの「単なる傾聴」との違いも明確になる。ではその次元の認識は、どうしたら得られるのか。米国のスピリチュアルケア専門職「チャブレン」の専門教育、CPE（Clinical Pastoral Education）

プログラムでは、様々な手法を通じてケア提供者自身の心を掘り下げていき、その深い次元を意識化する作業を行っていく。より具体的には、私たちの精神生活の基盤となっている「ビリーフ」と呼ばれる様々な信念を意識化していくことで、それらから自由になることができ、上述のダイナミクスの認識が可能となる⁹⁾。

一般にスピリチュアルケアの定義は、わかりやすい明確なものの方が好ましいと考えられよう。しかし、そうした深い次元のダイナミクスも、同時に軽視すべきでない。もちろん定義の文言自体には、そうしたダイナミクスの具体まで直接表現する必要はないかもしれない。しかし少なくとも、それらと整合性のある、それらを統合するような人間観・世界観に基づいたスピリチュアルケア理論に基づいた定義である必要はあろう。そのためには、定義を議論する人自身も、そうした深い次元のダイナミクスを認識できる必要がある。それゆえ、そうした次元を含め議論を行うためには、教育システムの整備等を通じてまず現場実践者を増やす必要があろう。こうしたことから、定義議論は必ずしも実践に先立ってよりも、むしろ実践と同時並行的に深められた方が、実り多きものになる可能性が高いことがわかる。

c) よりよいケア実践への指針を与えるもの

これは上記の要件 a) と b) を補足するものというべきものである。すなわちスピリチュアルケア定義は、a) で示したような、現場のニーズ、ケア実践のリアリティを反映し、更には b) で示したように心の深い次元のダイナミクスを反映したものである必要があるが、それに加えて、更に「スピリチュアルケアの本質とは何か」、「それが究極的に実現しようとしていること」、すなわち「ケアの目的」を明確化し、ケアの質の改善が図れるよう、いわば「よりよいケア実践への指針を与えるもの」である必要がある。

d) 医療者（医学・科学の立場）が同意し得るもの

既に述べたようにスピリチュアルケアの代表的な実践現場の一つは医療の世界である。そこで提供される以上、それはチーム医療の一部として提供される。もちろん、スピリチュアルケアが果たして医療なのか、（あるいは「医療でないが医療現場で提供されるべきもの」なのか）という根本問題も存在するが、いずれにせよ医療チーム全体と密接な協力・連携関係のもとで提供される必要がある。もしそこで、スピリチュアルケアの基盤となる人間観・世界観が、医療者の理解しがたいもの、同意しがたいものであったら、相互理解に基づいた協力関係は困難であろう。少なくともその重要性が、医療者によって理解可能である必要があるだろう。そうであるならば、スピリチュアルケアの基盤人間観・世界観も、医療者が理解可能なものであることが望ましいことになる。

e) 宗教者（様々な宗教宗派）が同意し得るもの

前述のようにスピリチュアルケアはケア対象者の「生き方」を扱うものであるが、これは多くの文化圏において伝統的に宗教者が担当してきた分野である。また現にスピリチュアルケア専門職であるチャプレンも一種の宗教者である。多くの宗教は、例えば神などの超越の

次元の実在を認め、そうした次元を含んだ人間観・世界観を有している。また、実際にケア対象者となり得る人たちも、特にスピリチュアルケアを必要とするような困難な状況では、宗教的次元に関心を持つケースも少なくない。スピリチュアルケアの基盤人間観・世界観は、そうした宗教的人間観・世界観の次元を含み、それらを統合したものである必要がある。しかしながら前述のように世の中には多様な宗教宗派が存在し、互いに共通点を持ちつつも多様性を有している。それゆえ、あらゆる宗教宗派の人たちが納得いくような統一的な宗教的人間観・世界観の構築は容易でない。

f) 宗教的ケアとの違いを明確化するもの

宗教的ケアとは、一言でいうならば、特定宗教宗派の教義や宗教実践に基づいたケアのことである¹⁰⁾。いわゆる布教・伝道も、特定宗教宗派の教えに基づいて、人々の救済を目指す行為であることから、その一種と見なすことができる。しかし実は「宗教的ケア」という表現は、欧米のスピリチュアルケア界では必ずしも広く用いられているものではなく、むしろ日本で普及しているものである¹¹⁾。それが日本で用いられるようになった背景には、日本において未だチャプレン制度が普及しておらず、公共空間では「布教しない形での生き方に関する心のケア」が求められることが十分に知られていないことがある。

宗教は、どれも「真理」や「究極的価値」を規定する「教え」をその中心に据えていることから、どうしても（文字通り）ドグマティックになりやすい。それゆえ宗教者がその宗教宗派の教えに基づいて心のケアを提供しようとする、「押しつけ」になりがちである。しかし前述のように、病院のような「公共の場」では布教活動や「押しつけ」は厳禁である。それは医療者が宗教者に是非とも控えてほしい行為である。そのため、そうした「教え」に基づいたケアを「宗教的ケア」と呼び、「公共の場で提供すべきでないケア」としてそのことの徹底が宗教者に促されてきた経緯がある。欧米、特に米国のチャプレン界では、チャプレンの倫理綱領でも「押しつけ」が厳しく戒められ、チャプレンの間でもそのことが徹底されているため、ケア対象者からのリクエストなしに宗教的ケアを提供するようなチャプレンはいない。しかし日本の宗教者の間では、まだそのことが十分に認識さえされていない。スピリチュアルケアを定義する際には、その点も明確にするものであることが求められる。

g) 心理／精神療法との違いを明確化するもの

スピリチュアルケアを「心のケアの一種」と説明した場合、そこでは心理／精神療法との違いが課題となってくる。これは何も一般の人のみの疑問ではなく、心理／精神療法を提供する専門職からもしばしば呈される疑問である。また、終末期医療における「心のケア」の重要性は多くの人により認識されている。しかしそこで最も高いニーズを示すのは、終末期せん妄やうつに対する「心理／精神療法としての心のケア」よりも、むしろ終末期の現実との向き合い方、生き方を見出すサポートをする「スピリチュアルケアとしての心のケア」であることが十分理解されないまま、精神科医や臨床心理士がそうした現場に配置されているケースが見られる。その意味からもこの要件を満たすような定義であることが望まれる。

h) 哲学、神学／教学、心理学等の専門分野の視点からの批判・議論にある程度、耐え得るもの

前述のようにスピリチュアルケア定義には、その基盤となる人間観・世界観が必要となるが、それらは哲学、神学／教学、心理学等の関連する専門分野の学問的視点からの批判にも、ある程度耐え得るものである必要があろう。理想的にはその観点から完全なものであることが望ましいとも考えられるが、前述のようにそれら諸専門分野の知自体が、そうしたケアのリアリティを十分に統合できているとは限らないため、その点に過度の厳密性を求めることは必ずしも合理的とは言えない。それゆえ「ある程度の批判に耐えるもの」が妥当であろう。

i) スピリチュアルケアの社会的役割、機能を明らかにするもの

スピリチュアルケアは、基本的にケア提供者とケア対象者の間で行われる2人称的行為であるが、同時にそれは社会の中での一定の役割、機能を担う社会的な活動でもあり、特にスピリチュアルケアの意義を社会的に主張する際には、それが社会に対して具体的にどのような貢献するものであるかを説明する必要がある。

2.1.2. 定義要件の多さへの対処

以上、様々な定義要件を列举し、その概要を説明してきた。理想的には、これら全ての要件を満たす定義が望まれる。しかし現実には、ある要件を満たす定義は他の要件を満たす定義とかなり異なったものになってくる。例えば定義要件の一つとして、f)「宗教的ケアとの違いを明確化するもの」を満たす定義の一つとして「布教しない形での生き方に関する心のケア」があることを述べたが、これなどは、c)「よりよいケア実践への指針を与えるもの」や、g)「心理／精神療法との違いを明確化するもの」を満たすものとは言えない。このように複数の要件を同時に満たす定義は容易でない。ましてや全ての要件を満たす「オールマイティ」な定義の困難さは想像に難くない。スピリチュアルケアの定義に際しては、こうした事態への対処も考えていく必要がある。

2.2. 定義表現のフォーカスの当て方の問題**2.2.1. 「簡易性」 Vs 「詳細性」**

定義を考える際には、その表現の「簡易性」と「詳細性」のどちらをより優先させるかのバランスについても考える必要がある。一般にこの二者は両立し難い。もし前者を重視するならば、表現が不十分なものになりがちであり、後者を重視すると、逆に複雑なわかりにくい表現になりがちである。そのトレード・オフ性の考慮も必要である。

2.2.2. 「一般性」 Vs 「具体性」

定義を行う際には、更にその表現内容の「一般性（抽象性）」と「具体性（特殊性）」のレベルについても考える必要がある。一般性の高い定義（例えば後述の「生きることのサポート」）は、より広い範囲を覆うことが可能だが、一方で具体性に欠ける面がある。しかしあまり具体的なものにし過ぎると、今度は一般性を失うことになる。

2.3. ケア行為内容による定義

スピリチュアルケア定義の一つの方法として、その具体的ケア内容自体を表現した定義も考えられる。しかしそこでは、行為プロセスのどの部分に焦点を当て表現するかを決める必要が出てくる。それは、ケア行為の一連のプロセスのどこに焦点を当てるか次第で、定義表現が変わってくるからである。例えば筆者自身はこれまで、このケア行為による定義をいくつか提案してきたが、それらをスピリチュアルケアの一連の因果連鎖プロセス順に列挙すると次のようになる¹²⁾。

- ①ケア対象者の傾聴
(以下「ケア対象者の」を省略)
- ②自己表現のサポート
- ③気持ちや考えの整理のサポート
- ④気づきのサポート
- ⑤生き方の模索・発見・選択のサポート
- ⑥生きることのサポート

すなわちここでは、スピリチュアルケアは、まず①ケア提供者がケア対象者の語りを傾聴することにより行われるが、それは結局のところ②ケア対象者の一種の自己表現をサポートする行為であり、それにより③ケア対象者の気持ちや考えが整理され、そこから④ケア対象者の（現実認識や生き方などに関する）気づきが促される形で、⑤ケア対象者の生き方の模索・発見・選択がサポートされ、その結果として⑥「生きること」がサポートされる、という因果連鎖として表現することができる。そうした①～⑥のどれもが、ケア行為内容に基づいたスピリチュアルケア定義の候補となり得る。したがってケア行為内容による定義を提案する際には、そのどこに焦点を当てるかを決める必要がある。ただしその場合、それはあくまでもスピリチュアルケア行為の特定プロセスのみについての部分的な表現にならざるを得ないことは言うまでもない。

2.4. 「ケア対象者」による定義の可能性

定義の方法論としてもう一つ考えられるのが、「ケア内容」によってではなく、「ケア対象者」（ケアがどのような人に対して提供されるか）によって定義するものである。この方法を用いている定義の一つに「グリーフケア」がある。その定義の具体的文言は様々に表現し得るが、それらに共通するのは「何らかの喪失を経験し、それによるグリーフ（悲嘆）を経験している人に対して提供されるケア」という点である。言い換えれば、「グリーフ（悲嘆）」を経験している人に対して提供されるケアであるから「グリーフケア」ということになってくる。これはとてもわかりやすい。ではスピリチュアルケアも同様に、ケア対象者で定義することは可能だろうか。もしここでそのようなものを考えてみると、例えば「人生の困難にある人に対して提供されるケア」というものが考えられる。しかし、これでは今一つあいま

いな印象を拭えない。スピリチュアルケアの一つの大きな特徴は、グリーフケアと異なり、それが人生のあらゆるフェーズ、あらゆる場面、そして様々な分野で提供可能というところにある。つまり、ケア対象者の多様性をその一つの特徴としている。したがってスピリチュアルケアは、グリーフケアほどはケア対象者による定義に適していないと言える。

2.5. 人間観・世界観の多様性の問題

ところで上記（特に2.1.1.のd）とe））において、定義要件にはスピリチュアルケアの基盤人間観・世界観があり、その多様性の扱いの難しさの問題があることを示したが、実はこれは、統一的定義を見出す上での最大の障害の一つと考えられるものである。スピリチュアルケアの最広義の定義として、前出の「生きることのサポート」がある¹³⁾。もちろん、ここでの「生きること」とは、生物学的医学的な意味ではなく、一人の人間としての生、いわば「実存的生」を指している。それを具体的に表現するためには、更に「生きるとはどういうことか」「人間の生の目的は何か」といった事柄を明確化する必要が出てくる。それなしには、ケア対象者の生をどのような方向に、どのような方法でサポートしていくべきかが決まらないからである。それらは基本的に人間観・世界観の問題である。ケアに限らず、そもそも人間のあらゆる行為は、必ず何らかの基盤人間観・世界観に基づいてなされるものである。人間存在はいかなるもので、その生はどのようなものであり、また、その世界との関係性はどのようなになっているかといった事柄は、人間観・世界観の事柄である¹⁴⁾。

しかしながら、世の中の人間観・世界観は多様であり、それらは互いに矛盾し合うものでもある。例えば医療は「医学」という科学の一種に基づいたものであり、したがって科学的人間観・世界観に基づいている。しかし前述のように、その人間観・世界観は、宗教が主張するような超越の次元を認めない。また人間の実存的次元よりも、客観的に観察可能な事柄の次元に重点が置かれる。つまり科学の基盤人間観・世界観と、宗教の人間観・世界観は互いに相いれない面がある。それゆえ医療者と宗教者の両者が同意し得るような人間観・世界観を見出すことは容易でない。そして更には前述のように、同じ宗教にも様々な宗派があり、各々の人間観・世界観にも異なる面がある。

このように、スピリチュアルケアの定義には、その統一的定義を困難にする数多くの要因が存在し、それらがその実現を困難にしているのである。

3. 定義の具体的方法論

では、そうした統一的定義を困難にする諸要因を乗り越えるためには、どうしたらよいのだろうか。以下、その方法について考えていくこととしよう。

3.1. 目的別に定義する

私たちは2.1.1.、2.1.2.において、スピリチュアルケア定義には数多くの要件があり、現実的にはその全てを満たす定義が困難であることを見た。それゆえ、たとえそのようなものが実現できたとしても、それは長い複雑な表現を伴ったものになってしまうことが予想され

よう。こうした状況を考えるならば、無理に一つの定義で全ての要件を満たそうとするよりも、むしろ目的別に個別の定義を立てていく方が現実的であろう。その際には、定義と共にその定義目的も併記すべきであろう。そしてそこでは2.1.1.で示した各要件が、定義目的の典型的な候補となり得る。例えば要件の一つに「心理／精神療法との違いを明確化するもの」があったが、その最後の「明確化するもの」の部分で「明確化を目的とした定義」とすれば、それはそのまま定義目的となる。

3.2. 定義目的から定義の焦点を決める

また、先の2.2.、2.3.において具体的なケア・プロセスで定義する場合、そのどこに焦点を当てるのかという問題、また更には定義表現の「簡易性 Vs 詳細性」、「一般性 Vs 具体性」等の問題があることを見たが、それらについても「定義目的」の観点から、その焦点やバランスを見出していくことができると考えられる。逆に言うならば、そのような形で決めていくしかないであろう。その上で、2.1.1.の定義要件を可能な限り数多く満たすものを目指す、ということになってこよう。

3.3. 人間観・世界観の多様性の問題への対応

先の2.5.で論じたこの人間観・世界観の多様性の問題については、どのような対処法が考えられるか。残念ながら、この問題の解決はそれほど簡単ではない。前述のように、例えば科学と宗教の人間観・世界観を統合するにしても、そのようなものを見出すことは容易でない。もちろん、そうした試みがないわけではない。例えばアルフレッド・ノース・ホワイトヘッド（1861～1947年、主著：「過程と実在」）の哲学のように、宗教と科学、宗教の中でもキリスト教と仏教の両者の世界観を統合するような哲学構築の試みも存在する¹⁵⁾。そうした方向性の追求も重要であろう。しかしそこで見出される人間観・世界観自体も、万人が理解できるもの、あるいは同意できるものになるとは限らない。それを認めない立場の人でも当然存在し得るだろう。人間観・世界観の多様性の問題は容易に解決せざる問題である。

4. 定義議論で考慮・留意すべきこと

4.1. 一意的定義が困難な概念の存在

しかしそもそも統一的な人間観・世界観を見出せない事態というのは、本当に好ましくないことなのだろうか。むしろ人間観・世界観が一意的に表現されてしまうことの方が、不自然である可能性はないのだろうか。例えば「宗教」「自然」「人間」「生命」といった概念の場合、世の中にはそれらについての無数の定義が存在する。それらの概念の対象は、どれも多様な側面と、無限の奥深さを有するものであり、それらを捉える視点や定義の目的に応じて無数の定義が可能であることから、一意的に定義できるようなものではないのである。

私たちはこうした例から、世の中に一意的な定義が困難な概念が存在し得ることを学び、スピリチュアルケアについても、場合によってはその多様な定義の可能性をも視野に入れる必要があるのではないだろうか。「統一」の実現は、非常な明快さと利便性を与えてくれる

ものであるが、しかし場合によっては、それがかえって物事の本質を損うものになるおそれもあることを私たちは忘れるべきではないだろう。哲学では、しばしば世界を「統一性 (Unity)」と「多様性 (Diversity)」、あるいは「一 (One)」と「多 (Many)」という二項間関係において捉えるが、その枠組で表現するならば、物事には統一的な側面も存在するが、同時にあくまでも多様なもの、そして無理に単純モデルに還元したり、統一すべきでないものも存在するのである¹⁶⁾。

4.3. 「万人にわかりやすいもの」の危険性

また、統一的人間観・世界観の問題に関連して、「万人にわかりやすい人間観・世界観」も、ある種の危険性をはらんでいることを念頭に置いておく必要がある。特に現代人には「万人が認め得る普遍性の高いものほど好ましい」と考える傾向が強く見られるが、それは常に正しいとは限らない。場合によっては、それとのトレード・オフとして失われるものがある場合もある。それはどういうことか。人の感性、認識力、洞察力のレベルは個人により様々であるが、それは逆に言えば、人間存在、世界のリアリティには、必ずしも万人には認識されず、「より優れた感性と深い洞察力を有して初めて認識可能なレベル」が存在することを意味する。それゆえ「万人にわかりやすい人間観・世界観」というものを追求していくと、「より優れた感性と深い洞察力を有して初めて認識可能なレベル」の事柄を切り捨てた浅薄な人間観・世界観になってしまう可能性がある。

ここで仏教的人間観・世界観を例に、それを人間存在の深い次元を捉えたものと仮定して、この問題について考えてみよう。仏教には、人間の本来の在り方に目覚め、それに基づいて生きていくべきとの考え方がある。その目覚めは一般に「悟り」(あるいは「覚り」と呼ばれる。そのような人間観に基づいた場合、例えばケア対象者の「悟り」をスピリチュアルケアの目的と考え、「悟りのサポート」をスピリチュアルケア定義とすることもできよう。しかしこの定義が基づくところの仏教的人間観・世界観が、果たして万人が認め得るものかという点必ずしもそうではないだろう。それゆえもし、「定義の基盤人間観は、万人が認め得るものに限定すべき」であるとしたら、こうした定義もスピリチュアルケアの定義としては認められないことになってしまう。このように、普遍性とわかりやすさを重視し、その範囲だけに議論を限定することは、私たちの人間観・世界観を浅薄なものにしてしまう可能性をはらんでいるのである。

4.2. 「モデル」を「リアリティ」と誤解する危険性

また私たちは、特定の人間観・世界観を絶対化することの危険性についても考える必要がある。私たちの認識は言語論的に捉えると、いわば「あるがままのリアリティ」について特定の解釈を加え、意味を分節することにより成立している¹⁷⁾。すなわち私たちの認識は、あくまでも現実についての一つの解釈として、現実の一つの側面を切り取ることで成立しているに過ぎず、あらゆる認識は、その意味でリアリティの一面の表現に過ぎない。したがってそこでの認識の内容、人間観・世界観が表現しているのは、「あるがままのリアリティ」そのものではなく、一つの単純化されたモデルに過ぎない。それは生物学や心理学の人間観に

についても同様である。それらも、生物学のモデル、心理学のモデルという、リアリティを単純化したモデル、人間観に基づいて対象を捉えているのである。にもかかわらず、私たちはそうしたモデルを使用していく中で、そうした「モデル」を「モデル」としてではなく、リアリティそのものとして見なすようになってしまうことが少なくないのである。

この問題について警鐘を鳴らしている一人は、アウシュヴィッツ・サバイバーにしてロゴセラピーの創始者であるヴィクトール・フランクルである。彼は、特定の間観をドグマ化する傾向の危険性について次のように述べている。「…生物学主義、心理学主義、社会学主義は…ゆがんだ鏡を映し出し、それによって人間は反射作用の自動装置や衝動のかたまり、心理的機械、あるいはたんなる経済的な環境の産物『…に過ぎない（存在）』とされてしまう。」¹⁸⁾ 私たちは、自分たちの人間観・世界観について、それが目的のために便宜的に単純化されたモデルに過ぎないという事実を忘れることがないように、それらをリアリティと誤認することがないよう心がける必要があろう。

4.4. 定義設定の社会的影響と責任

また、スピリチュアルケアの定義を提案する際には、その定義が社会に与える影響、その社会的責任をも自覚する必要がある。前述のように現代社会では、いわゆる生老病死という人間の生の重大な局面の多くを医療機関が担っている。そうした医療現場で提供される医療やケア、そしてそこで形成され使用される生死についての見方は、社会的に大きな影響力を有する。スピリチュアルケア定義は、ケア実践に関わる医療者や患者・家族にとどまる問題ではないのである。前述のように、その定義の基盤人間観が、表層的であれば、そこでの人間の扱いもそのレベルのものにとどまらざるを得ない。それはひいては、人間の尊厳を損なうことにもつながり得る。私たちはそうした社会的影響力や責任をも自覚し、スピリチュアルケアの定義議論を進めていく必要があるだろう。

5. まとめ

スピリチュアルケアは、これまでその統一的定義を見出せずに現在に至っているが、それには様々な理由と数多くの要因が存在する。例えばスピリチュアルケア定義に求められる要件の数が非常に多いこと、その基盤となる私たちの人間観・世界観が多様であること、などである。それらを考慮するならば、無理に統一的な定義を見出そうとせず、むしろ目的別・個別的な定義を考える方が現実的とも考えられる。特に、多様性を本質とする人間観・世界観に関して、無理に統一的なものを見出そうとすると、その画一化や過度の単純化による弊害が生じてくる可能性がある。「宗教」「自然」「人間」「生命」等の概念同様、スピリチュアルケアに関しても、その統一の可能性を追求しつつも、しかし同時にその多様性をも尊重する中で、それらについて追求していく必要があろう。その際には、スピリチュアルケアの様々な局面、すなわち、そうした議論のみならずスピリチュアルケアの実践、教育等の現場とも深く関わり、それらのリアリティと向き合う中から見出された感性的・身体的な知見をも統合していくべきであろう。前述のようにスピリチュアルケアは「生きることのサポー

ト」とも定義できるものであり、それについて議論していくことは、私たちの「生きること」についての理解・洞察を深めていく作業でもある。それゆえもし、多くの人がそれなりに納得のいく定義が一旦見つかったとしても、そこでそうした作業を止めるべきではなく、それを絶えず見直し、それを更に深め、より豊かなものへとしていくエンドレスなプロセスが必要であろう。

註

- 1) 小西達也「アメリカからスピリチュアルケアを考える」、谷山洋三編「仏教とスピリチュアルケア」、東方出版、2008年、p37-58。
- 2) Tatsuya Konishi, "Terror Management Theory and Chaplain's Role," The annual meeting of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC) International Symposium on Supportive Care in Cancer 2010, Vancouver, Canada, (June 25, 2010).
- 3) 第16回日本緩和医療学会学術大会パネルディスカッション「日本におけるスピリチュアルケアの本質に迫る」、2011年7月30日、札幌市。
- 4) The annual meeting of the MASCC/ISOO Palliative Care-Psychosocial Study Group Joint Workshop Application Spiritual Wellbeing Across Cancer Care, Multinational Association of Supportive Care in Cancer (MASCC) International Symposium on Supportive Care in Cancer 2014, Miami, USA, (June 26, 2014).
- 5) National Consensus Project "Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care Third Edition," http://www.nationalconsensusproject.org/Guidelines_Download2.aspx
- 6) Association of Professional Chaplains; Association for Clinical Pastoral Education; Canadian Association for Pastoral Practice and Education; National Association of Catholic Chaplains; National Association of Jewish Chaplains, "A White Paper. Professional chaplaincy: its role and importance in healthcare", in: J Pastoral Care, Spring;55(1), 2001, pp.81-97.
- 7) Christina Puchalski "Improving the Quality of Spiritual Care as a Dimension of Palliative Care: The Report of the Consensus Conference," Journal of Palliative Medicine, Vol 12, No. 10, 2009.
- 8) 小西達也「スピリチュアルケア定義の要件」、第8回日本スピリチュアルケア学会学術大会、2015年9月12日、高野山大学（和歌山）。
- 9) 小西達也「スピリチュアルケア」、石谷邦彦監修「チームがん医療実践テキスト」先端医学社、2010年、p351-352。
- 10) 小西達也「臨床現場での宗教的ケアの可能性とスピリチュアルケア」緩和ケア、19（1）：64、2009。
- 11) 例えば、谷山洋三、「仏教の死生観とスピリチュアルケア」、臨床精神医学 38：7、929-936、2009 などがある。
- 12) 小西達也「スピリチュアルケア定義の要件」、第8回日本スピリチュアルケア学会学術大会、2015年9月12日、高野山大学（和歌山）。
- 13) 小西達也「スピリチュアルケア定義の要件と基礎」、2016年度日本スピリチュアルケア学会学術大会・大会長講演、2016年9月17日、武蔵野大学（東京）。
- 14) より厳密に言うならば、人間観も広義の世界観に含まれるが、ここでは特に人間の存在や生に

ついでに捉え方が中心となることから、人間観としての側面を強調すべく、「人間観・世界観」と表現している。

- 15) Alfred North Whitehead (Edited by David Ray Griffin and Donald W. Sherburne), *Process and Reality* Corrected Edition, New York: The Free Press, 1978.
- 16) Alfred North Whitehead (Edited by David Ray Griffin and Donald W. Sherburne), *Process and Reality* Corrected Edition, New York: The Free Press, 1978, p21.
- 17) 井筒俊彦「意識と本質」、岩波書店、1983年、p9。
- 18) フランクル「虚無感について」、青土社、2015年、p319。